Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22362393

N° 95.

11.

1° COMMENT CONNAITRE LE CYANURE DE POTASSIUM MÉLANGÉ AVEC LA MATIÈRE DES VOMISSEMENTS ?

2° QUELLE EST LA DISPOSITION DES APONÉVROSES DE LA MAIN ?

3° QUELLES SONT LES VARIÉTÉS QUE PRÉSENTE LE COLLET DES SACS HERNIAIRES, TANT DANS SA FORME QUE DANS SES CONNEXIONS ET SA TEXTUTE ?

4° DE LA STOMATITE MERCURIELLE.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 30 juillet 1838,

PAR

SILVAIN JACOB,

De **CIER-DE-RIVIÈRE** (Haute-Garonne);

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE Mc Vc AVIGNON, RUE ARC-D'ARÈNES, 1.

1838.

A MON PÈRE,

DOCTEUR EN MÉDECINE,

ET

A MA MÈRE,

Tribut d'amour et de reconnaissance.

A MES ONCLES **JACOB**,

NÉGOCIANTS A PAU.

Hommage et gratitude.

S. JACOB.

N° 19.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Comment reconnaître le cyanure de potassium mélangé avec les matières des vomissements ?

Parmi les composés du cyanogène, celui qu'il forme avec le potassium est remarquable par le faible degré d'affinité qui réunit ses principes constituants. Cette affinité est, en effet si faible, que l'eau ne peut toucher ce corps sans le convertir en hydrocyanate de potasse. Mais l'acide hydrocyanique se trouve, à son retour, si peu retenu dans ce dernier, qu'il agit comme acide libre. Dans les empoisonnements par le cyanure de potassium: c'est donc à l'acide hydrocyanique lui-même, que doivent être rapportés les phénomènes morbides apparents; par la même raison, c'est sa présence qu'il faudra principalement constater dans les matières des vomisssements. Aprés avoir trouvé cet acide, il resterait à savoir, s'il a été introduit dans les voies digestives à l'état d'acide libre ou de cyanure de potassium; mais, comme plusieurs liquides animaux et végétaux renferment des sels à bâse de potasse, il serait très difficile de s'assurer si celle qu'on peut trouver dans les matières vomies, provient des aliments eux-mêmes, ou bien du cyanure de potassium : dès-lors on peut se borner à rechercher dans ces matières les caractères qui distinguent les hydrocyanates, ou mieux encore à en dégager l'acide hydrocyanique.

Pour constater la présence de l'hydrocyanate de potasse dans les matières des vomissements, on peut les traiter directement par les réactifs lorsqu'elles sont liquides et peu colorées. On sera en droit de penser qu'elles renferment une dissolution de ce sel, « si en versant quelques gout-

» tes d'un mélange de proto et de persulfate acide de fer, il se forme une
» coloration d'un bleu verdâtre (bleu de Prusse), mêlée à un précipité rou-
» geâtre (sesquioxide de fer). En ajoutant une ou deux gouttes d'acide hy-
» drochlorique dans le mélange, le précipité rougeâtre est dissous, et il
» reste du bleu de Prusse sous forme précipité ou celle d'une simple colo-
» ration ; à la longue, la coloration devient plus intense par le contact de
» l'air, et le dépôt s'effectue. (Devergie, méd. lég., tom. 11 pag. 817). »

Si on traite ces mêmes matières par du sulfate de cuivre dissous, on obtiendra un précipité variable selon le degré de concentration de cette dissolution, ce précipité est vert pomme lorsque la dissolution est concentrée, et il passe à un vert plus foncé par l'addition d'une quantité de potasse suffisante pour saturer tout l'acide. Ce même précipité est blanc jaunâtre quand la dissolution de sulfate de cuivre est affaiblie, et devient tout-à-fait blanc lorsqu'on y ajoute quelques gouttes d'acide hydrochlorique. « Ce précipité pulvérulent, sous forme de poudre
» assez grosse, est peu soluble dans l'eau, en sorte qu'en y ajoutant de
» l'eau distillée, on obtient un liquide plus ou moins blanc, duquel
» se déposent les portions du précipité qui ont plus de volume, et qui
» par cela même, viennent former au fond du vase un dépôt pulvérulent
» très blanc. (Lassaigne). »

Lorsque les matières des vomissements sont solides, il faut les étendre dans l'eau distillée, et les traiter ensuite comme dans le cas précédent.

Mais, comme il peut se faire que ces matières soient colorées, et que cette coloration masquerait ou altérerait plus ou moins les précipités fournis par les réactifs que je viens d'indiquer ; comme d'autre part, on doit, dans ces sortes d'empoisonnements, chercher à constater, autant que possible, la présence de l'acide hydrocyanique lui-même, il sera plus convenable, dans ce cas, d'avoir recours à la distillation.

Cette opération doit se faire dans des vaisseaux clos pour obtenir la volatilisation de l'acide hydrocyanique, on a soin de chauffer modérément et d'envelopper le ballon qui sert de récépient d'un mélange frigorifique pour favoriser la condensation de l'acide. Après avoir recueilli le produit de la distillation, il suffira d'en verser quelques gouttes dans du nitrate d'argent ; s'il renferme de l'acide hydrocyanique, il se for-

mera immédiatement un précipité blanc, caillebotté, lourd, insoluble dans l'eau, insoluble dans l'acide nitrique à froid, soluble dans l'ammoniaque.

Au lieu de traiter le produit de la distillation par le nitrate d'argent, on pourrait en verser quelques gouttes dans une dissolution de potasse qui, traitée par les mêmes réactifs que j'ai indiqués pour l'hydrocyanate, fournirait exactement les mêmes précipités.

Il est enfin un dernier caractère qui peut faire reconnaître la présence de l'acide hydrocyanique; caractère auquel M. Orfila accorde la plus grande valeur; c'est l'odeur d'amandes amères qu'il répand toutes les fois qu'il devient libre, mais cette odeur n'est pas toujours sensible pour tous les expérimentateurs; et ce caractère qui peut, dans quelques circonstances, donner la certitude de la présence de cet acide au médecin chimiste, ne suffirait jamais pour affirmer que celui-ci existe dans les matières des vomissements, si l'on n'avait recours aux réactifs dont je viens de parler.

N° 408.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Quelle est la disposition des aponévroses de la main?

On peut distinguer quatre feuillets aponévrotiques à la main, deux antérieurs ou palmaires, l'un superficiel, l'autre profond, et deux postérieurs ou dorsaux, dont l'un également superficiel et l'autre profond.

Le premier des deux feuillets antérieurs constitue l'*aponévrose palmaire* superficielle. De forme triangulaire, celle-ci se trouve placée dans la paume de la main au-dessous de la peau, dont elle est séparée par du tissu cellulaire qui contient des vésicules adipeuses. Ces deux membranes adhèrent fortement entr'elles au moyen de prolongements fibreux qui partent de l'aponévrose. Étroite à sa partie supérieure, elle s'élargit en descendant, de manière à donner naissance, vers son bord inférieur, à huit bandelettes qui embrassent les tendons des muscles fléchisseurs, passent sur leurs côtés, et vont s'implanter sur le ligament antérieur des articulations métacarpo-phalangiennes; leurs fibres se prolongent jusqu'au gaînes tendineuses qu'elles concourent à former. Ces bandelettes sont unies entr'elles par des fibres transversales, et de leur entrecroissement résultent quatre arcades aponévrotiques, au-dessous desquelles passent les tendons des fléchisseurs.

L'épaisseur de cette aponévrose est loin d'être la même sur tous les points de son étendue. Très forte à sa partie moyenne, elle perd beaucoup de sa résistance en s'étendant sur les côtés de la main, et ne forme plus qu'une simple gaîne celluleuse sur les éminences Thénar et Hypothénar. Cette disposition l'a faite diviser en trois portions, une moyenne et deux latérales. Elle donne naissance par le côté interne de sa portion moyenne au muscle palmaire cutané. De ses deux bords partent aussi

deux prolongements fibreux qui vont s'unir à l'aponévrose profonde.

L'aponévrose palmaire superficielle est percée de plusieurs trous, dont le nombre et la grandeur augmentent, à mesure que l'on approche des doigts. Ces ouvertures sont bouchées par du tissu cellulaire et par des pelotons graisseux qui établissent une communication entre les parties profondes et superficielles. Deux plans de fibres entrent dans sa composition ; celles qui proviennent du ligament annulaire antérieur du carpe sont transversales et deviennent de moins en moins distinctes en s'avançant vers la paume de la main. Elles ne forment plus au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, que des arcs de cercle, et finissent par se confondre avec les gaînes tendineuses. Les fibres qui résultent de l'expension des tendons du petit palmaire suivent une direction longitudinale et se partagent pour former les bandelettes dont il a été question. C'est en passant entre ces deux plans de fibres que l'artère cubitale pénètre dans la paume de la main, à la partie inférieure du carpe. Par sa face postérieure, l'aponévrose palmaire superficielle recouvre l'artère cubitale, les tendons des fléchisseurs, les nerfs radial et cubital. Elle a pour usage de protéger et d'empêcher le déplacement de ces parties, dont elle est séparée par du tissu cellulaire très lâche.

Aponévrose palmaire profonde. — Quand on a enlevé de la paume de la main, la couche formée par les tendons des fléchisseurs, les muscles lombricaux, les vaisseaux et les nerfs de cette partie, on trouve un second feuillet fibreux que M. Paillard a décrit sous le nom d'aponévrose palmaire profonde. Elle est formée par le prolongement des trousseaux fibreux qui unissent les os du carpe, à leur face antérieure; en bas, elle se confond avec le ligament métacarpien transverse. Sa force et sa résistance sont bien moindres que celle de l'aponévrose superficielle. Elle est percée comme cette dernière de plusieurs ouvertures qui livrent passage à des vaisseaux artériels et veineux.

Aponévroses dorsales. — De même qu'à la face palmaire, il existe deux aponévroses sur le dos de la main. Leur texture est plutôt celluleuse qu'aponévrotique. La superficielle se trouve placée au-dessous de la peau; un tissu adipeux bien moins abondant que celui que l'on trouve à la paume de la main, la sépare de cette membrane. Ses fibres sont trans-

versales et semblent naître du ligament annulaire postérieur du carpe; elles se prolongent jusqu'à l'extrémité supérieure des doigts, où elles se confondent avec le tissu cellulaire sous-cutané ; par sa face interne, cette aponévrose recouvre les tendons des extenseurs, avec lesquels elle contracte souvent des adhérences très résistantes.

Aponévrose dorsale profonde. — Au-dessous des tendons des extenseurs se trouve un second feuillet fibreux qui couvre toute la face postérieure des os du métacarpe et des muscles interosseux. Il s'étend, en bas, jusqu'au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, et se continue, en haut, avec le ligament annulaire du carpe ; sur les côtés de la main, avec l'aponévrose superficielle ; c'est entre ces deux lames aponévrotiques que se trouvent logés les tendons et les nerfs principaux de cette partie.

Des considérations chirurgicales fort importantes se rattachent à l'étude de ces aponévroses. C'est dans la connaissance exacte de leur situation, de leur rapport, de leur texture, que l'on a trouvé l'explication des symptômes et de la gravité des accidents qui peuvent accompagner les inflammations profondes et les lésions traumatiques de la main. Ainsi, on a pensé que, les vives douleurs qui se manifestent à l'occasion de ces inflammations pouvaient être occasionées par l'étranglement que doivent exercer sur les parties tuméfiées, les bords des ouvertures dont est percée l'aponévrose palmaire superficielle. C'est encore la résistance insurmontable que cette aponévrose oppose à l'issue du pus au dehors, dans les cas où il s'est formé au-dessous d'elle, qui force ce liquide à pénétrer dans les gaînes tendineuses, à fuser sous le ligament annulaire du carpe, et même jusqu'à l'avant-bras. De là, la nécessité et le précepte de débrider de bonne heure dans ces circonstances.

L'aponévrose palmaire superficielle peut être le siége d'une rétraction qui entraîne les doigts dans la paume de la main. Mais cette flexion se borne le plus souvent au doigt annulaire. C'est à Dupuytren que l'on doit la connaissance de cette affection. Il a fait voir qu'il suffisait, dans ce cas, de couper en travers, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, les bandelettes fibreuses qui vont se fixer sur les côtés de la gaîne tendineuse, pour faire cesser cette rétraction.

N° 1037.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quelles sont les variétés que présente le collet des sacs herniaires, tant dans sa forme que dans ses connexions et sa texture?

On désigne sous le nom de hernie toute saillie d'organes hors des cavités appelées à les contenir; presque tous ceux de l'économie sont, sous ce point de vue, capables de se hernier; c'est ainsi que le cerveau, les poumons, les viscères abdominaux, et la plupart des muscles, pénétrant au travers des parois qui les recouvrent, au travers des gaînes fibreuses qui les enveloppent, forment des tumeurs que les anciens ont désignées sous le nom de hernies.

Dans la plupart des considérations générales consacrées aux hernies, celles de l'abdomen ont été surtout en vue, et c'est en étudiant ces dernières, que l'on a décrit dans les hernies, outre les organes déplacés, une enveloppe immédiate que l'on a désignée sous le nom de sac herniaire.

Cette enveloppe qui n'existe pas toujours complète, du moins dans toutes les hernies abdominales, est formée par le péritoine. Celui-ci cédant en effet à l'action des viscères se porte au dehors par une des ouvertures de l'abdomen, par l'éraillement d'une partie de ses parois, ou en suivant quelque trajet vasculaire, et présente alors une disposition très variable, mais toujours en rapport avec les organes contenus, ainsi qu'avec les parties au milieu desquelles il vient se placer. Quoiqu'il en soit de cette forme, on décrit dans tout sac herniaire complet un fond évasé, un orifice plus ou moins étroit, et de plus, entre

ce fond et cet orifice, une sorte de canal plus ou moins allongé que l'on désigne sous le nom de collet.

Les variétés de cette dernière partie du sac herniaire, formant l'objet spécial de ce travail, doivent être étudiées tant sous le point de vue de la forme et des connexions, que sous celui de la texture.

Cette question mérite d'autant plus de fixer l'attention des praticiens, que, des connaissances anatomiques qu'elle nécessite, dépend en entier la conduite à tenir dans les cas de herniotomie. Aussi je ne crains pas de le dire, les chirurgiens anciens, privés à cet égard des travaux de Gimbernat, Camper, Hey, Lawrence, Cooper, Scarpa, Hesselbach, allaient pour ainsi dire à tâtons, et étaient bien étonnés de voir échouer, par une hémorrhagie par exemple, une opération qui, dans bien d'autres circonstances, en apparence les mêmes, avait complétement réussi.

Pénétré de l'importance du sujet que le sort nous a désigné et qui mériterait, sans doute, plus d'expérience et plus de temps, nous allons, tout en bornant notre travail aux hernies abdominales, qui de toutes sont les plus fréquentes et offrent aussi le plus d'intérêt sous ce point de vue, passer successivement en revue les hernies inguinales, crurales et ombilicales. Les hernies de la ligne blanche, ischiatique, périnéale, vaginale et obturatrice, étant rares et très peu connues, nous croyons pouvoir les passer sous silence, ce que nous en dirions reposant bien plus sur de purs raisonnements que sur des faits bien observés.

Il est encore parmi les hernies abdominales, quelques variétés que nous croyons devoir éliminer, parce qu'elles n'offrent pas de sac complet ou n'en présentent pas même du tout; c'est ce qui a lieu dans le second cas pour les hernies qui s'effectuent après la déchirure du péritoine, et dans le premier, pour celles qui contiennent la vessie, l'S iliaque du colon, l'origine du rectum, le cœcum et tout autre organe recouvert seulement dans une partie de son étendue par la séreuse abdominale. Dans ce cas, en effet, les organes en se déplaçant peuvent s'engager par le côté non recouvert par le péritoine, glisser entre le feuillet pariétal de cette membrane et la paroi abdominale elle-même,

et sortir sans pousser au devant d'eux un sac herniaire. Le plus souvent toutefois, ils attirent, comme l'ont démontré Ruysch et Morgagni, la partie de péritoine qui revêt une de leurs faces, et lui font ainsi former une poche partielle, tandis que par leurs autres points ils sont seulement en rapport avec du tissu cellulaire.

Les considérations dans lesquelles nous allons entrer, nous paraissent pouvoir être divisées en spéciales ou relatives à chaque espèce de hernie, et en générales ou communes; à ce dernier ordre appartiennent celles relatives à la texture et à ses modifications qui sont toujours les mêmes, quelle que soit d'ailleurs l'espèce de hernie; au premier ordre, au contraire se rattachent toutes celles qui sont relatives à la forme et aux connexions.

Hernies inguinales. — Les hernies inguinales bien plus communes chez l'homme que chez la femme, et qui, d'après les observations de la plupart des chirurgiens, sont aux hernies crurales, comme 5 : 1, ont été ainsi appelées, parce que leur passage s'effectue au travers de l'anneau inguinal, qui, plus large chez l'homme que chez la femme, donne passage, chez le premier, au cordon des vaisseaux spermatiques; au ligament de la matrice, chez la seconde.

De toutes les espèces de hernies abdominales, les hernies inguinales sont, sans contredit, celles dont le collet offre les modifications les plus variées. Avant d'entrer dans leur étude, il ne sera peut-être pas inutile de dire quelques mots de la disposition anatomique des parties à travers lesquelles s'opère cette espèce de hernie.

Placé sur les parties inférieures et latérales de l'abdomen, dans l'épaisseur des parois de cette cavité, le canal inguinal est essentiellement formé par le muscle grand oblique, dont le tendon inférieur inséré à l'épine iliaque antérieure et supérieure d'une part, et de l'autre part au pubis, porte le nom d'arcade crurale, de ligament de Fallope ou de Poupart. En arrière et dans toute l'étendue de cette arcade fibreuse se fixe le *fascia transversalis*, et de cet accollement résulte une goutière dans l'intérieur de laquelle viennent se placer les deux muscles petit oblique et transverse. Dans certains points de leur étendue, les bords inférieurs de ces deux muscles, n'adhèrent point à l'arcade fibreuse indiquée. Par suite

de ces non-adhérences qui s'effectuent à un pouce environ l'une de l'autre, le canal continu d'un pouce à un pouce et demi de longueur, s'étend de l'anneau inguinal externe jusqu'à l'interne, sorte de fente pratiquée au travers du *fascia transversalis* et du muscle transverse abdominal.

Le premier de ces anneaux, placé au dessous des téguments, offre un pouce d'étendue dans son plus grand diamètre, et quelques lignes seulement de largeur à sa partie moyenne. Il est obliquement dirigé en haut et en dehors, la grosse extrémité de l'ovale irrégulier qu'il représente est supérieure. Pour le constituer, le tendon du grand oblique se divise en deux bandelettes qui en forment les piliers interne ou supérieur et l'externe ou inférieur. Ce dernier fournit en arrière un repli triangulaire appelé ligament de Gimbernat, sur lequel nous reviendrons à l'occasion des hernies crurales.

L'orifice inguinal interne est représenté par une fente pratiquée dans l'épaisseur du muscle transverse fortifié par un repli falciforme et résistant de l'arcade crurale que recouvre le fascia transversalis. Cette ouverture est d'ailleurs à l'état normal recouverte par le péritoine qui présente dans ce point une dépression assez prononcée, une espèce de doigt de gant sensible, surtout alors que l'on tiraille le cordon spermatique.

Peu intéressant sous le rapport de sa structure, cet orifice mérite d'attirer l'attention du praticien à cause de ses rapports avec l'artère épigastrique. De ces derniers découle, en effet, la conduite à tenir dans les cas de herniotomie inguinale, et sur eux repose aussi la distinction faite par Hesselbach, Scarpa et la plupart des auteurs modernes, des hernies inguinales, en hernie inguinale externe et interne. En effet, née de l'artère iliaque externe tout près de l'anneau crural, l'artère épigastrique se porte obliquement de bas en haut, de dehors en dedans vers le muscle droit abdominal, et côtoye d'abord la partie inférieure, puis le bord interne de l'orifice qui nous occupe.

Des deux parois du canal, l'antérieure est d'abord formée par le transverse petit et grand oblique réunis; ce dernier seul se trouve en dedans. La paroi postérieure formée en dehors par le transverse seul, recou-

vert par le péritoine et le fascia transversalis, est de plus en dedans constituée par ces deux muscles et les tendons superposés du petit oblique et du transverse. Mais, à cause du peu de résistance des fibres tendineuses, ce point qu'Hesselbach a désigné sous le nom de surface inguinale, laisse souvent les viscères se hernier et constituer des hernies inguinales internes, l'artère épigastrique se trouvant en dehors de l'ouverture de passage. Le nom de hernie inguinale externe sert à désigner celles qui se forment en dehors du point où le cordon spermatique croise la direction de l'artère épigastrique, en dehors de cette dernière conséquemment.

Maintenant que nous avons rapidement esquissé l'anatomie du canal inguinal, et que nous avons dit ce qu'on doit entendre par hernie inguinale interne et externe, voyons quelles sont les formes et les connexions du sac herniaire dans chacune de ces variétés

Hernie inguinale externe. — Dans cette variété de hernie, le collet du sac offre, lorsque la tumeur est récente, un canal d'un pouce et demi à deux pouces d'étendue, et occupe toute l'étendue du canal inguinal.

Cette forme nous permet de comprendre facilement les rapports de cette enveloppe avec les parties voisines; c'est ainsi que supérieurement il répond, en allant de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans, à l'angle supérieur de l'anneau inguinal interne, puis successivement au bord inférieur du petit oblique, et à la partie supérieure de l'anneau inguinal externe.

En bas, il répond dans toute son étendue à la gouttière oblique qui s'étend de l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'os des îles au corps des pubis. Ce rapport n'est toutefois pas toujours immédiat, car le cordon des vaisseaux spermatiques chez l'homme et le ligament rond de la matrice chez la femme, se trouvent dans quelques circonstances placés entre le collet herniaire et le bord inférieur du canal inguinal. Dans ce trajet, le cordon spermatique présente même cette particularité qu'il ne se dirige pas toujours parallèlement à la direction du collet du sac, mais qu'il le croise en forme d'écharpe, de telle sorte que, placé d'abord à sa partie inférieure externe et un peu anté-

rieure, il se place plus tard immédiatement au dessous, pour se porter ensuite en bas en dedans et un peu en arrière.

En avant, le collet du sac correspond aux diverses parties qui constituent la paroi antérieure du canal inguinal. Dans la partie postérieure, il est en rapport avec la paroi postérieure du même canal. Le plus fréquemment avec le cordon des vaisseaux spermatiques et tout à fait en dedans avec l'espace inguinal de Hesselbach. C'est par cette face postérieure que le collet herniaire est en rapport, mais d'une manière médiate seulement, avec l'artère épigastrique qui correspond à quelques lignes en dehors du pilier externe de l'anneau inguinal.

Avec l'ancienneté de la maladie surviennent des changements on ne peut plus prononcés ; ainsi le collet perd de son étendue, et change de direction, de telle sorte qu'au lieu d'être oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant, il ne forme plus à une certaine époque qu'un véritable anneau. Cette nouvelle disposition est due au développement de la tumeur dont les parties, agissant sans cesse sur le côté interne de l'orifice inguinal supérieur, le rapprochent de la ligne médiane, tandis qu'une action en sens inverse se passe dans l'anneau inguinal externe dont le pilier externe est toujours porté en dehors. Par l'effet de ce double mouvement en sens inverse, et semblable dit Scarpa, à celui que l'on obtient par l'introduction d'un fil dans toute l'étendue du canal inguinal, et par des tractions exercées sur ses deux chefs, les deux orifices inguinaux marchent à la rencontre l'un de l'autre, finissent même par se superposer, de sorte que le canal inguinal n'existe plus. Une partie du péritoine qui concourait jusqu'à cette époque à la formation du collet, agrandit le sac, tandis que l'autre partie ne forme plus qu'un anneau dont l'étendue est mesurée par l'épaisseur des muscles abdominaux. Dès ce moment la hernie n'est plus oblique, elle est devenue directe.

A cette époque le cordon des vaisseaux spermatiques se place tout à fait en arrière du col, au voisinage duquel les vaisseaux sont peu divergens : plus bas, ils s'écartent de plus en plus et se disséminent sur la tumeur. Quoique cette disposition soit la plus générale, Ledran, Schmucher et Blizard ont vu des cas de hernie inguinale externe ancienne, dans les-

quels les vaisseaux spermatiques étaient en avant du collet, et le canal déférent à sa partie externe.

La portion d'artère épigastrique que nous avons dit embrasser le cordon spermatique, et côtoyer presque le bord interne de l'orifice inguinal supérieur, ne reste point étrangère à ces modifications diverses; c'est ainsi, que poussée vers la ligne médiane, refoulée en bas, en dedans et en arrière, elle finit par se placer derrière le bord interne de l'anneau inguinal dont elle semble constituer le bord interne, selon Lawrence, Camper, Chopart, Sabatier, etc., etc. Dégagée plus tard de dessous le côté interne du cordon testiculaire et du col du sac, l'artère monte presque verticalement près du bord externe du muscle droit, pour se placer derrière lui à deux pouces environ au dessus des pubis.

Vu du côté de l'abdomen, le feuillet pariétal du péritoine est à cette époque plissé à la manière d'une bourse à cordons; les plis qui en résultent disposés en éventail, ont des sommets d'autant plus prononcés qu'on les examine et étudie à la partie interne et inférieure de l'anneau. Ces replis se déploient en divergeant sur les parties voisines, et recouvrent les vaisseaux spermatiques ainsi que l'artère épigastrique.

Hernie congéniale. — La hernie congéniale ne différant de la précédente que parce que le sac est formé par la tunique vaginale, tout ce que nous avons dit de la hernie inguinale externe lui est applicable.

Hernie inguinale interne. — Dans les cas de hernie inguinale interne, le collet du sac ne présente point les dispositions variées ni les rapports que nous venons de signaler. Il suffit pour en être convaincu de se rappeler que cette variété ne parcourt point le trajet du canal inguinal, et s'effectue à travers des éraillements survenus dans les divers points de la paroi inguinale postérieure, et le plus souvent au niveau de la surface inguinale de Hesselbach. Cette surface qui répond à l'anneau inguinal externe en avant, est indiquée à l'intérieur de l'abdomen par un espace triangulaire limité en dehors par l'artère épigastrique, en dedans par la partie inférieure du bord externe du muscle droit abdominal, en bas par la branche horizontale du pubis.

Dans cette variété de hernie inguinale, le collet du sac n'offre jamais l'étendue que présente celui de la variété précédente; toujours borné à

l'épaisseur des parois abdominales, il constitue une sorte d'anneau circonscrit par la portion des muscles éraillés, et l'anneau inguinal externe. La partie interne du collet est, dans ces cas, plus spécialement en rapport avec le bord externe du muscle droit abdominal en arrière, avec le pilier interne de l'anneau inguinal en avant. En dehors, il est en rapport avec l'artère épigastrique ; dans sa partie antérieure, il répond au cordon testiculaire et au pilier externe de l'anneau ; en bas, il repose sur l'os pubis. Les muscles transverse et petit oblique, ainsi que la grosse extrémité de l'anneau inguinal, forment les rapports supérieurs.

Quels que soient l'ancienneté et le volume de cette variété de hernie, les rapports du collet avec les parties voisines ne changent point ; celui-ci devient seulement le siége d'altérations qui sont communes à toutes les hernies.

Hernie crurale. — Bien plus commune chez les femmes que chez les hommes et d'autant plus fréquente chez les premières qu'elles ont eu plus d'enfants, la hernie crurale est ainsi appelée, parce que la sortie des organes a lieu par le canal crural. Comme dans la hernie inguinale externe, la hernie crurale présente des modifications dans la forme de son collet ; ainsi, lorsque la hernie est récente, le collet assez étendu pour occuper toute l'étendue du canal crural décrit plusieurs sinuosités en rapport avec le trajet en zigzac de ce passage de transmission des vaisseaux et nerfs fémoraux. Plus tard il n'offre qu'une ouverture ou un anneau d'étendue variable, mais de peu d'épaisseur, que mesure celle du ligament de Fallope ou de Poupart.

La marche que nous avons suivie dans l'étude de la hernie inguinale nous paraissant la plus rationnelle, nous commencerons ce qui a trait à la hernie crurale par l'étude du canal crural.

Le ligament de Fallope, avons-nous déjà dit, s'étend presque directement de l'épine antérieure et supérieure de l'ileum au corps du pubis, limitant ainsi une ouverture considérable que l'on appelle arcade crurale, et qui, très étendue sur le squelette, est considérablement réduite sur le sujet frais par diverses parties molles et notamment par des lames aponévrotiques. De cette disposition il résulte que l'anneau crural, proprement dit, n'est formé que par l'intervalle compris entre le ligament

de Gimbernat et la lame fibreuse, dépendance du *fascia iliaca* qui, recouvrant les tendons réunis du psoas et de l'iliaque, s'insère au niveau de l'éminence ileo-pectinée. Cette ouverture plus grande chez la femme que chez l'homme, à cause de l'amplitude plus grande du bassin, conduit dans un canal appelé *canal crural*; sa forme est triangulaire à angles arrondis; de ses trois bords, l'antérieur ou supérieur est formé par le ligament de Fallope, le postérieur ou inférieur par la branche horizontale des pubis à laquelle vient s'attacher le muscle pectiné et son feuillet aponévrotique, dépendance du fascia lata. Le troisième côté qui est externe est formé par les tendons réunis du psoas et de l'iliaque que recouvre le fascia iliaca.

Des trois angles arrondis que présente cette ouverture, le seul important à connaître est l'interne que constitue le ligament de Gimbernat. Ce repli fibreux formé, d'après Langenbeck, par l'adossement du tendon inférieur du muscle transverse à des fibres tendineuses du grand oblique, qui se réfléchissent en arrière du pilier inguinal externe et se fixent à la crête du pubis, s'étend sur la branche horizontale de cet os d'un point très voisin de la symphyse au côté interne de la veine fémorale

A cette ouverture, anneau crural de Gimbernat et fémoral de Hey, succède, d'après le plus grand nombre des anatomistes, le canal crural, essentiellement formé par le dédoublement du fascia lata. A son arrivée au niveau du bord externe des nerfs fémoraux, le caleçon aponévrotique de la cuisse se dédouble en effet, et de ces deux feuillets, le superficiel, adhérant au ligament de Fallope, passe en avant des nerfs et des vaisseaux de la cuisse. Le feuillet profond passe en arrière des mêmes parties, s'applique sur le muscle pectiné, s'insère à la crête pubienne, et vient se réunir au feuillet superficiel, au côté interne de la veine crurale.

A un pouce ou un pouce et demi de l'arcade crurale, cette gaîne, qui se continue d'ailleurs dans toute l'étendue des vaisseaux fémoraux, présente dans sa paroi antérieure une arcade à concavité inférieure, appelée ouverture inférieure du canal crural par M. J. Cloquet, et qui permet à la veine saphène interne de communiquer avec la veine fémorale.

MM. Manec et Bérard, le premier dans sa dissertation inaugurale, le

second dans l'article d'*Anatomie de l'aine*, du répertoire de médecine, ne partagent point l'opinion de leurs devanciers, eu égard à l'anatomie de de cette ouverture de transmission ; c'est ainsi qu'ils nient l'existence du canal crural, se fondant sur ce que l'on a donné ce nom, non pas à un organe spécial, mais à une portion de la gaine protectrice des vaisseaux et nerfs fémoraux. Quant à l'orifice supérieur, ils le subdivisent en deux parties distinctes, l'une externe, incomparablement plus grande que l'interne et au travers de laquelle passent les nerfs et les vaisseaux de la cuisse ; l'interne est plus petite, limitée en dedans par le ligament de Gimbernat, et en dehors par un feuillet aponévrotique qui recouvre la veine iliaque externe. La seconde de ces parties, disent ces Messieurs, mérite seule le nom d'anneau crural et devient seule le siége des hernies crurales. Cette dernière partie de l'opinion de MM. Bérard et Manec est d'autant plus conforme à la vérité, que même, en admettant la disposition anatomique que nous avons tout d'abord indiquée, un grand nombre d'auteurs, tels que Ledran, Scarpa, Lafaye, Desault, Bell, Petit, Richter et Lassus, nous apprennent que la sortie des viscères s'opère toujours en dedans des vaisseaux de la cuisse et en dehors du ligament de Gimbernat, dans le point même auquel MM. Manec et Bérard ont cru devoir seulement donner le nom d'anneau crural.

Quoi qu'il en soit de cette discussion qui, en dernière analyse, mène aux mêmes résultats pratiques, passons à l'étude des vaisseaux artériels et veineux qui, disséminés autour de cette ouverture crurale, intéressent le praticien au plus haut degré. Cet anneau, en arrière et en bas, renferme la veine et l'artère du membre inférieur ; en dehors, existe l'artère épigastrique qui en cotoye de bas en haut le côté externe; l'artère et les veines spermatiques répondent à sa partie supérieure et interne, suivant ainsi la direction du ligament de Fallope. Enfin, une anomalie très commune dont Monro, MM. Cloquet, Velpeau et Manec ont cherché à évaluer la fréquence, consiste dans la naissance de l'artère obturatrice de l'épigastrique. Alors il arrive, surtout lorsque l'origine de la sous-pubienne a lieu dans un point assez élevé, qu'elle se place immédiatement derrière le ligament de Gimbernat et complète en dedans et en bas l'anse vasculaire qui circonscrit cet anneau.

Dans quelques circonstances très rares on a vu même l'épigastrique naître de l'obturatrice et s'élever ainsi derrière le ligament de Gimbernat; d'autrefois ce sont des veines anormales qui s'y trouvent accolées. Hesselbach a décrit la première disposition dans son traité des hernies; M. Manec a eu occasion d'observer la seconde.

Étudié dans les premiers temps de la formation de la hernie crurale, le collet du sac est en rapport, d'après ce qui précède, en avant et en haut avec l'arcade crurale qui, dans son épaisseur, contient le cordon spermatique chez l'homme, le ligament rond de la matrice et quelques vaisseaux peu importants chez la femme. Au-dessous, il est immédiatement en rapport avec la face profonde du feuillet antérieur du canal crural, puis avec le repli falciforme qui en constitue l'orifice inférieur.

En arrière, ce collet repose sur le pubis dans le point de cette pièce osseuse qui répond entre l'épine pubienne et le passage des vaisseaux cruraux; plus bas, il appuye sur le muscle pectiné dont il est séparé par le feuillet aponévrotique profond du fascia lata.

En dehors, existent les vaisseaux cruraux, la veine étant immédiatement accolée à l'expension péritonéale; c'est aussi dans ce sens, que l'artère épigastrique se trouve normalement. La présence des vaisseaux fémoraux en dedans du collet, quoique signalée par quelques auteurs, n'a jamais été appuyée sur une description anatomique bien exacte; il en est de même pour leur position au-dessous, que beaucoup de praticiens ont signalée comme habituelle. Les travaux des maîtres de l'art nous apprennent, en effet, que cette disposition ne s'observe que dans les hernies anciennes et seulement pour la partie moyenne du collet, sa partie supérieure étant toujours placée en dedans de la veine. Walter a signalé un seul fait dans lequel il n'en était point ainsi.

En dedans, le collet du sac est embrassé par le repli triangulaire à bâse externe concave, qui fut pour la première fois décrit par Gimbernat. Plus bas, il répond à l'angle interne du canal crural dû, comme l'externe, à la rencontre des deux feuillets du fascia lata. Chez un grand nombre d'individus, l'artère obturatrice, naissant assez haut de l'épigastrique et s'accolant au ligament de Gimbernat, est en rapport

avec cette partie interne du collet; quelquefois l'artère épigastrique elle-même, ou des veines anormales remplacent l'obturatrice. De ce qui précède, il résulte évidemment que bien souvent le collet du sac herniaire est entouré par un anneau vasculaire qui peut causer de l'inquiétude au chirurgien sur le point de pratiquer la herniotomie crurale. En avant se trouvent, en effet, l'artère et les veines spermatiques; en dehors, l'artère épigastrique et la veine fémorale; en arrière, une partie de ce même vaisseau et le pubis sur lequel on ne peut agir; en dedans, l'obturatrice, quand elle naît de l'épigastrique, ou cette dernière elle-même.

Dans les hernies crurales anciennes, le collet est plus ou moins déformé, son étendue suit les variations en longueur du canal crural. C'est ainsi que, tandis que la paroi postérieure conserve une étendue d'un pouce à un pouce et demi environ, sa paroi antérieure est raccourcie, le repli falciforme ou orifice inférieur du canal crural étant refoulé de bas en haut par les viscères herniés, qui le dilatent et le rapprochent du ligament de Fallope. Au milieu de ces changements l'orifice supérieur du collet reste à peu près le même, surtout pour ce qui est de ses connexions avec les parties qui le circonscrivent.

Hernie ombilicale. — A la partie moyenne de l'abdomen existe une dépression désignée sous le nom d'ombilic. Fermée chez l'adulte par une cicatrice, cette partie offre pendant la vie intra-utérine un véritable anneau au travers duquel passent, en sens inverse, la veine, l'ouraque et les deux artères ombilicales.

Borné latéralement par les deux muscles droits, cet anneau, ou la cicatrice qui le remplace, offre à sa partie supérieure et moyenne une saillie assez prononcée due à la présence de la veine ombilicale, tandis qu'inférieurement les artères du même nom et l'ouraque en forment une seconde.

De cette disposition résulte une sorte d'infundibulum ou cavité conique dont le sommet répond à l'extérieur, et la base à la cavité abdominale; condition on ne peut plus favorable à la formation de cette espèce de hernie qui, désignée habituellement sous le nom d'exomphale, est bien plus commune chez les enfants que chez les adultes.

Long-temps on a regardé l'exomphale comme privée de sac herniaire, et J.-L. Petit, Dionis, Lafaye, Garengeot l'ont annoncé dans leurs écrits, mais les recherches d'Heister, de Sabatier, de Desault ne laissent aucun doute sur son existence.

Ronde et à bords en forme de bourrelet chez les nouveaux nés, la figure de l'anneau ombilical ne se modifie, plus tard, que dans son épaisseur; comprimés en effet par les viscères herniés, ses bords s'amincissent d'une manière marquée.

Le collet du sac, dans cette espèce de hernie, offre une étendue peu considérable en longueur, et qui mesure l'épaisseur des parois abdominales; il est circulaire comme l'anneau qui lui donne passage : ses rapports sont en haut, l'extrémité de la veine ombilicale réduite à l'état de ligament; en bas, l'extrémité des artères ombilicales et de l'ouraque qui sont oblitérés. A droite et à gauche, on trouve les muscles droits qui, chez les sujets musculeux, forment deux bandes très épaisses et dont l'action détermine une déformation dans le collet qui, de circulaire qu'il était d'abord, devient ovalaire en s'agrandissant.

Quelles sont les modifications que nons avons dit être communes au collet du sac? Voilà ce dont il nous reste à parler pour compléter notre travail.

Dans les premiers temps d'une hernie, le péritoine et conséquemment le collet, ainsi que le sac herniaire qu'il constitue, sont unis aux parties voisines par un tissu cellulaire lâche; plus tard, il peut devenir plus dense et présenter des altérations plus ou moins nombreuses; le plus souvent, toutefois, il conserve son extensibilité et peut, comme l'a indiqué Dupuytren, permettre la réduction en totalité de la hernie, le collet opérant d'ailleurs l'étranglement.

Ce dernier, offrant tout l'aspect d'une séreuse prolongée en doigt de gant, présente dans les premiers instants la forme d'un cône dont le sommet serait dirigé en bas; plus tard, ce sommet se porte en haut; en même temps, on y observe des froncements, des plis qui s'épanouissent en forme d'éventail dans l'intérieur de l'abdomen et qui finissent même par adhérer les uns aux autres.

Plus tard, cette partie pressée entre le contour de l'ouverture qui

lui donne passage et les viscères qu'elle contient, tiraillée en proportion de la distention qu'éprouve le sac, s'enflamme; le tissu cellulaire qui l'avoisine s'épaissit, se condense, devient ainsi moins extensible et plus rigide. En même temps l'orifice se resserre, devient falciforme, tranchant et comprime les viscères herniés.

Dans quelques circonstances, la maladie tendant toujours à s'accroître et le collet ne pouvant plus permettre le passage de nouvelles parties, la tumeur comprimée d'une manière incessante, s'abaisse en totalité et une nouvelle portion du péritoine vient se placer au niveau de l'ouverture abdominale pour devenir à son tour le siége des divers phénomènes que nous avons indiqués. Dans ce cas, lorsque surtout cet incident se présente plusieurs fois, le collet est en quelque sorte moniliforme et offre plusieurs rétrécissements qui ont tous répondu successivement à l'ouverture de transmission de la hernie.

Lorsque le collet déjà existant ne peut ni se déplacer, ni permettre la descente d'une nouvelle portion de viscères, il arrive qu'un de ses points cède et forme une seconde poche dans laquelle vont se placer les organes. Les deux hernies communiquent alors avec la cavité abdominale par un collet commun qui présente la forme d'un Y renversé. Cette disposition peut encore s'effectuer lors du déplacement du premier collet. Lorsque la hernie a été réduite et solidement maintenue par un bandage, le collet se fronce, se resserre, s'enflamme, se rétrécit, devient très résistant, s'oblitère même complétement et passe à l'état fibreux; on l'a vu aussi devenir cartilagineux.

N° 1682.

SCIENCES MÉDICALES.

DE LA

STOMATITE MERCURIELLE.

C'est aux médecins Arabes que sont principalement dues les premières notions sur les propriétés thérapeutiques du mercure; mais ce ne fut que vers la fin du 15me siècle que son usage devint d'un emploi général contre la syphilis qui venait de se montrer en Europe. L'efficacité qu'on avait reconnue au mercure dans le traitement des affections cutanées, dut nécessairement conduire à en faire l'essai contre une maladie qui s'accompagnait le plus souvent d'éruptions, d'ulcérations à la peau présentant de grandes ressemblances avec celles contre lesquelles il avait déjà été employé.

Les résultats avantageux que l'on retira de l'administration du mercure dans le traitement des maladies syphilitiques furent si prompts, si surprenants qu'ils passèrent d'abord pour merveilleux; dès-lors chacun s'empressa d'y avoir recours contre une maladie qui exerçait, à cette époque, les plus grands ravages. Toutefois cette grande faveur ne fut pas de longue durée : administré la plupart du temps sans discernement et pour ainsi dire d'une manière aveugle, par des charlatants ou par des personnes étrangères aux connaissances de l'art, il n'arrivait que trop souvent que ce puissant remède aggravait au plus haut degré le mal qu'il était destiné à combattre : aussi quelques médecins ne tardèrent pas à lui reprocher de déterminer les accidents les plus graves, et à mettre sur le compte médicamenteux ce qui n'aurait dû être attribué, le plus souvent, qu'à l'ignorance de ceux qui le prescrivaient. Il en fut donc de ce précieux spécifique

comme de tous les remèdes souverains, miraculeux quand ils sont administré à propos, dangereux lorsqu'on en fait un emploi intempestif.

Mais tout en signalant l'exagération et l'injustice des reproches qui furent et qui ont été, de nos jours plus que jamais, adressés au mercure, il faut aussi convenir que son introduction dans l'économie, de quelque manière qu'elle ait lieu, peut déterminer une série de phénomènes morbides particuliers. Au nombre de ces accidents, l'inflammation des gencives, de la membrane muqueuse buccale, et des glandes salivaires, est sans contredit celui qui s'observe le plus fréquemment, celui qui a le plus fixé l'attention des praticiens, et qu'ils ont désigné sous le nom de salivation mercurielle, à cause de l'augmentation de la sécrétion salivaire qui l'accompagne.

Depuis l'époque où il entra dans le domaine de la thérapeutique, les médecins n'ont cessé de se demander quels étaient les effets et le mode d'action du mercure sur l'économie animale. Je ne doit point rappeler ici les nombreuses hypothèses qui ont été émises sur ce sujet : trop peu de données pratiques sont résultées de toutes ces théories bâties la plupart du temps par l'esprit de système plutôt que basées sur l'observation des faits. Je me bornerai donc à exposer en peu de mots ce que l'étude attentive de ces derniers semble avoir appris de plus positif à cet égard.

Malgré l'immense variété de préparations que l'on a faites subir au mercure, on trouve, en dernière analyse, que son action sur l'économie se borne à trois ordres d'effets principaux : 1° à petite dose, il agit comme stimulant et l'excitation qu'il détermine est principalement ressentie par les systèmes sécrétoire et absorbant dont il semble activer les fonctions ; 2° introduit dans nos organes en plus grande quantité ou absorbé à l'état de vapeur, il détermine une série de phénomènes morbides, tels que l'inflammation de la bouche, la salivation, le tremblement, la paralysie, une altération du sang qui semble avoir quelque analogie avec la cachexie scorbutique ; 3° le mercure agit enfin comme spécifique contre le virus vénérien, ou bien, si l'on veut, contre un état morbide de tout le corps ou de certaines parties.

Il faut convenir que la spécificité du mercure dans le traitement des maladies vénériennes a eu à soutenir de rudes attaques pendant ces

dernières années. Mais enfin le langage des faits a fini par se faire entendre, et l'esprit de système a dû se taire devant les résultats de l'observation. Cette longue controverse n'a pas été pourtant sans utilité pour la pratique, puisqu'elle a eu pour résultat de faire mieux apprécier les circonstances et les conditions favorables à l'administration des mercuriaux dans le traitement des maladies.

Définition et causes. — On donne le nom de stomatite mercurielle à une inflammation de la bouche et de l'appareil sécréteur qui s'y trouve annexé, produite par l'action du mercure sur ces parties.

Toutes les préparations mercurielles peuvent provoquer la salivation; il y en a cependant qui la déterminent plutôt que d'autres. Cet effet dépend, en général, de la plus ou moins grande quantité de mercure qu'elles contiennent et quelles introduisent dans le corps dans un temps donné. Le mode rapide d'administration influe encore d'une manière manifeste sur la production de ce phénomène morbide. C'est ainsi qu'une petite quantité de mercure; prise en peu de temps, déterminera les mêmes effets qu'une plus grande dont on userait peu à peu; qu'une once d'onguent mercuriel, par exemple, employé en deux jours produira plus d'effets sur l'économie, que deux onces dont on se frottera pendant dix. Dans quelques cas le séjour prolongé dans des salles où l'on traitait un grand nombre de malades par la méthode des frictions, a suffi pour provoquer la salivation chez les personnes chargées du service des salles; on la même observée à un très haut degré après une courte expiration aux émanations mercurielles.

Toutefois ce n'est point la plus ou moins grande quantité de mercure qui a été introduite dans l'économie, mais bien celle qui est absorbée qui décide de son action sur la muqueuse buccale et l'appareil salivaire. Trois ou quatre pilules composées de deux grains chacune d'onguent mercuriel, et prises successivement, ont suffi dans quelques circonstances pour déterminer une salivation des plus orageuses.

Les dispositions des individus qui sont soumis à l'emploi thérapeutique du mercure, ou qui le manient, est, pour une grande part, dans la manifestation des effets morbides qu'il détermine : c'est ainsi que certains sujets sont plus affectés par une ou deux frictions, que

d'autres ne le seraient par un nombre bien plus considérable. Les personnes faibles, d'une constitution délicate, celles que caractérise la prédominance du système lymphatique sont plus exposées aux accidents causés par l'administration des mercuriaux, que les individus d'une forte constitution. L'expérience a démontré aux praticiens de Montpellier, pendant ces derniers temps, que chez les individus ainsi constitués le mercure pouvait être avantageusement remplacé par les préparations aurifères dans les traitements des affections syphilitiques.

Mais, de toutes les circonstances qui tendent à favoriser l'action du mercure sur la bouche, il n'en est pas de plus actives, de plus évidentes que la constipation et l'impression sur la peau d'un air froid et humide. Elles agissent l'une et l'autre en empêchant l'élimination au dehors des molécules mercurielles; mais la première peut dénoter encore un certain degré d'irritation du canal digestif, qui doit favoriser leur action stimulante sur la muqueuse buccale et les glandes salivaires.

L'époque à laquelle la salivation survient n'a rien de bien fixe et dépend, en partie, des circonstances et conditions dont il vient d'être question. Dans les cas d'administration d'un traitement mercuriel, c'est ordinairement après les trois ou quatre premières frictions, ou lorsque le malade a déjà pris de six à sept grains d'un oxide ou d'un sel mercuriel quelconque, que les gencives commencent à s'affecter; quelquefois cependant on l'a vue survenir après la première ou seconde friction; il est des cas, infiniment rares à la vérité, où elle ne s'est montrée qu'un mois après la cessation de l'emploi des mercuriaux.

Quelques médecins partisans des doctrines humorales ont rapporté la salivation mercurielle à une âcreté des humeurs qui se portaient vers la tête. Il suffit de mentionner une pareille opinion pour en faire sentir le peu de valeur.

Est-ce à l'excitation générale déterminée par l'introduction du mercure dans l'économie que sont dues l'inflammation de la bouche et l'augmentation de la sécrétion salivaire? Ou bien, ces phénomènes morbides sont-ils provoqués par le transport direct des particules mercurielles sur ces parties? Le fait de l'absorption des mercuriaux est trop évident pour qu'il répugne d'admettre cette dernière manière de voir. D'autre part les

nombreuses expériences qui ont été faites dans le but de constater la présence du mercure dans la salive des individus affectés de stomatite mercurielle ne laisse que peu de doutes à cet égard. Ce transport du mercure sur la bouche a-t-il quelque chose de plus inconcevable que celui des cantharides et de la térébenthine sur les organes génito-urinaires?

Mais, si on ne saurait nier que le mercure ait une influence directe sur la bouche et les glandes salivaires, il n'est pas également démontré que son impression première s'exerce sur ces dernières. Quelques médecins ont même avancé qu'elle était tout-à-fait secondaire à celle qu'il détermine sur les gencives et la membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur de la bouche. « Il y a, il est vrai, » après l'administration du mercure supersécrétion des glandes salivaires; » mais entre ce phénomène et l'emploi des mercuriaux il y a une in- » flammation de gencives, qui seule est évidemment la cause de la sali- » vation. Remarquez, en effet, que la salivation est un phénomène com- » mun à toutes les phlegmasies de la membrane muqueuse buccale, » à toutes les excitations vives opérées sur cette membrane. Si le mercure » avait une action spéciale sur les glandes salivaires, nous verrions » la salivation survenir avant l'inflammation de la bouche, ce qui ne « s'observe jamais; nous la verrions survenir nécessairement quand nous » continuerions long-temps l'action des mercuriaux. Or, avec quelque » opiniâtreté que l'on insiste sur les préparations hydrargyriques, jamais » on ne détermine la salivation, qu'au préalable les gencives ne soient » gonflées. (Trousseau et Pidoux, traité de thérapeutique et de mat. » méd., tom. 1er, pages 71 et 72). »

Symptômes. — Lorsque la salivation doit survenir, le malade commence par éprouver un goût métallique et par ressentir une chaleur générale dans toute la bouche. Les gencives s'engorgent, deviennent chaudes et douloureuses, la langue et l'intérieur des joues se boursouflent, il y a un besoin continuel de cracher. Bientôt, lorsque surtout on continue l'usage du mercure, l'engorgement et la tuméfaction font de rapides progrès, les bords libres des gencives, la face interne des joues ne tardent pas à se recouvrir d'excoriations qui se convertissent bientôt après en ulcères plus ou moins profonds, d'où s'écoule une suppuration

sanieuse et fétide. Ces ulcères se montrent aussi sur les bords et à la pointe de la langue ; celle-ci peut devenir le siége d'un tel gonflement, que ne pouvant plus contenir dans la cavité buccale, elle dépasse de plusieurs pouces les bords alvéolaires. Le malade ne peut cracher, avaler, ni parler sans éprouver les plus vives douleurs. La rougeur n'est pas très considérable ; les parties enflammées présentent plutôt un aspect pâle et blafard ; ce qui tient à ce que la muqueuse est recouverte d'une pellicule membramiforme, au-dessous de laquelle elles se trouvent d'un rouge assez vif.

Lorsqu'on laisse marcher ou qu'on ne parvient point à calmer ces accidents, les ulcères prennent une extension considérable, le sang s'en écoule à la moindre pression, il survient des escarres gangréneuses, les dents déchaussées, ébranlées dans leurs alvéoles, finissent par tomber, les os sont mis à nu et se carient. A cette époque de la maladie, la sécrétion de la salive peut devenir si abondante que les auteurs rapportent des cas où les malades en ont rendu l'énorme quantité de huit livres dans les vingt-quatre heures. Une inflammation plus ou moins considérable des voies digestives, des vomissements, la diarrhée, un mouvement fébrile, peuvent se joindre à ces désordres locaux ; le malade épuisé par cette perte continuelle de fluides, par l'insomnie et la douleur, tombe dans l'amaigrissement et peut finir enfin par succomber.

Ce n'est pas sans frémir, qu'en présence de pareils accidents, on se rapelle que pendant long-temps les médecins ont regardé la salivation comme une crise salutaire, une condition indispensable pour obtenir la guérison radicale des maladies vénériennes ; heureusement pour les malades que les temps où l'on donnait de pareils préceptes sont déjà loin de nous. L'école de Montpellier fut une des premières à les condamner avec force et contribua pour beaucoup à les faire abandonner en faisant connaître le traitement des affections syphilitiques suivant la méthode par extension.

De nos jours la généralité des praticiens est d'accord pour regarder la salivation comme un accident qu'il faut toujours éviter. Il peut cependant arriver qu'une légère irritation de la bouche devienne utile pour diminuer par un effet révulsif une inflammation fixée sur une autre

partie du corps: elle peut encore être nécessaire pour indiquer que le mercure a pénétré dans les voies circulatoires. « Si l'on s'arrête là, « dit feu Cullevier, il n'y a pas du mal, mais le pas est glissant » et un succès mal interprété peut mener plus loin qu'il ne con- » vient (1). »

Depuis qu'on a reconnu non-seulement l'inutilité mais même les dangers de la salivation dans le traitement des maladies par les mercuriaux, et que l'on s'efforce de la prévenir, de l'arrêter si tôt qu'elle se montre, il est assez rare qu'elle occasionne ces désordres, ces accidents graves qu'elle ne déterminait que trop souvent, à une époque où les médecins cherchaient, au contraire, à la provoquer et à l'entretenir comme étant une condition indispensable à la guérison des affections vénériennes. Il est cependant des cas, où malgré toute la prudence, toute l'attention que le praticien puisse apporter dans l'administration du mercure, il ne parvient point à éviter des accidents même redoutables et que les soins et les moyens les plus rationnels ne parviennent pas toujours à arrêter.

La durée de la salivation est très variable : tantôt, elle cesse après trois, cinq, dix jours; quelquefois, un, deux mois; on l'a vue persister pendant plusieurs années ; sa terminaison la plus ordinaire est la résolution.

Diagnostic. — Il est quelques affections de la bouche, telles que l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse l'extérieur de cette cavité, les ulcérations scorbutiques et vénériennes, etc., qui pourraient être confondues avec la stomatite mercurielle. Le diagnostic ne saurait présenter aucune difficulté quand on apprend que les malades ont été soumis à l'influence des émanations mercurielles ou à l'emploi thérapeutique de ce médicament; mais il ne se présente plus avec le même degré d'évidence lorsqu'ils ont intérêt à cacher cette dernière circonstance.

Pour ce qui est de la stomatite simple, un examen tant soit peu attentif la fera facilement distinguer de la salivation mercurielle. Les symptômes généraux qui accompagnent le scorbut indiquent assez la

---

(1) Dictionnaire des sciences médicales, tome 32, page 464.

nature des ulcérations des gencives que l'on observe pendant le cours de cette maladie. Quant aux ulcères syphilitiques et mercuriels, ils se distinguent par leur siége et leur aspect. Les premiers occupent ordinairement le voile du palais, la membrane muqueuse olfactive, celle du larynx; ils sont le plus souvent en petit nombre et présentent un fond grisâtre, jaune ou brun; leurs bords sont enflammés, taillés à pic et peu douloureux. Les ulcères mercuriels ont leur siége aux gencives, à la face interne des joues, à la langue, ainsi qu'à la commissure des mâchoires, derrière la dernière dent molaire; ils commencent toujours par les alvéoles, par l'apophyse coronoïde; leur surface est couverte par une pellicule blanchâtre; ils sont en général plus fétides, plus douloureux que les ulcérations syphilitiques qui entraînent la destruction des os palatins, de la charpente des fosses nasales. Il sera, pour ainsi dire, impossible de confondre la salivation mercurielle avec celle qui est provoquée par les substances sialagogues, ou avec celle qui dépend de l'action sympathique de l'utérus chargé du produit de la conception, ou excitée aux époques menstruelles.

Traitement et prophylaxie. — Dès qu'il fut bien démontré que la salivation n'était nullement nécessaire pour obtenir la guérison radicale des maladies vénériennes, les médecins cherchèrent à empêcher et à neutraliser l'action du mercure sur la bouche et les glandes salivaires. Dans ce but, on l'associa à plusieurs autres substances, telles que le camphre, l'ammoniaque, le soufre, les sulfures alcalins, les chlorures. Une observation attentive a démontré que tous ces moyens n'agissent le plus souvent qu'en déterminant une dérivation sur la muqueuse intestinale, ou en activant la perspiration cutanée, et non par les combinaisons inofensives qu'elles forment avec le mercure dans l'intérieur de nos organes. L'expérience n'a pas tardé à montrer leur peu d'efficacité et à les faire abandonner.

Les gargarismes émollients et astringents ont été employez dans le but de diminuer l'irritabilité des gencives et d'en resserrer le tissu. Dès qu'elles commencent à s'enflammer, M. Ricord les cautérise tous les jours pendant la durée du traitement mercuriel avec un petit pinceau imbibé d'acide hydrochlorique fumant, et il essuie immédiatement après pour empêcher que l'acide ne se mette en contract avec les dents. M. Velpeau a

conseillé de les frictioner trois ou quatre fois par jour avec de l'alun calciné. Ces derniers moyens peuvent procurer quelques bons effets, mais ils ne sauraient empêcher le transport du mercure sur la bouche, condition indispensable pour prévenir, d'une manière certaine, le ptyalisme mercuriel.

A cet effet, on doit administrer les mercuriaux d'une manière graduée, en surveiller les effets avec la plus grande attention, en diminuer les doses si tôt que les gencives s'enflamment; on évitera avec le plus grand soin toutes les irritations qui pourraient agir sur la muqueuse buccale. Mais, comme l'impression du froid sur la peau et la constipation sont les deux circonstances qui favorisent le plus le développement de la salivation, il faudra avant tout maintenir la liberté du ventre par de légers purgatifs, activer la transpiration cutanée en entourant les malades d'une atmosphère douce et uniforme, par les bains chauds, leur faire porter des habits de laine ou des gilets de flanelle sur la peau; c'est à l'emploi rationnel et judicieux de ces moyens que l'on doit de pouvoir continuer pendant un certain temps un traitement mercuriel sans qu'il survienne aucun effet fâcheux du côté de la bouche.

Lorsque, malgré toutes ces précautions, les gencives et les glandes salivaires viennent à s'enflammer, on doit aussitôt suspendre l'emploi du mercure. Si la bouche se prend de plus en plus et que l'inflammation soit portée à un haut degré, la saignée générale ou locale, suivant la disposition des sujets, sera à coup sûr le premier moyen à employer. Après la saignée viennent les gargarismes émollients et mucilagineux, auxquels on peut ajouter quelques gouttes de teinture d'opium lorsque les douleurs sont très vives. On fera boire abondamment une boisson délayante simple ou légèrement aiguisée avec le jus de citron, de groseille, ou avec quelques gouttes d'acide sulfurique. Les topiques réfrigerants appliqués au-dessus de la mâchoire et sur les côtés du visage ont été conseillés en pareille circonstance. Ils peuvent avoir des effets favorables pourvu que leur application soit assez prolongée pour ne pas être suivie d'une réaction qui serait extrêmement nuisible. Le malade sera mis à une diète assez sévère pendant tout le temps que les accidents persistent à un haut degré.

Dès que les douleurs et l'inflammation auront sensiblement perdu de leur intensité, on cherchera à détourner l'irritation et la fluxion fixées sur la bouche, en déterminant une révulsion sur le tube intestinal. Peu importe le choix des purgatifs pourvu que l'on obtienne l'effet désiré. Il faudra cependant prendre garde de produire une irritation trop forte qui, au lieu de diminuer celle qui existe déjà, pourrait bien tourner à son profit. C'est à cette époque que l'on doit aussi prescrire des bains chauds, des boissons sudorifiques, dans le but d'activer les fonctions de l'organe cutané; les frictions, les bains de pieds simples ou sinapisés peuvent produire de bons résultats.

Lorsque, par ces différents moyens, on est parvenu à calmer les phénomènes généraux et locaux, que l'inflammation des gencives et de la muqueuse buccale est presque entièrement tombée, que les ulcères sont devenus indolents, blafards, alors vient le tour des gargarismes toniques et astringents ; on peut même avoir recours à la cautérisation avec les acides nitriques et hydrochloriques ou le nitrate d'argent fondu Lorsqu'en cet état la salivation reste très abondante, un vésicatoire appliqué au bras ou à la nuque peut produire le meilleur résultat.

Rarement la salivation résiste à cet ensemble de moyens administrés à propos et d'une manière judicieuse. Il est cependant des cas bien rares à la vérité, où on la voit persister en dépit de tous les efforts du médecin. Ceci s'observe principalement chez les personnes d'une constitution languissante ou détériorée. Un régime réparateur, l'exercice modéré, la cautérisation fréquemment répétée, seront les meilleurs moyens à employer en pareil cas.

Indépendamment de ces moyens il en est une foule d'autres qui ont été employés pour combattre la salivation mercurielle. Parmi ceux dont on a fait le plus grand usage on trouve les pastilles souffrées dont on fait prendre une toutes les heures et que le malade laisse fondre dans la bouche. Le sulfure de chaux délayé dans l'eau simple à la dose d'un, deux ou trois scrupules, en faisant boire immédiatement aprés son administration un demi-verre d'eau, auquel on ajoute une ou deux cuillerées de jus de citron, a joui pen-

dant quelque temps d'une grande faveur. L'observation ayant démontré à M. Cullerier que cette substance avait l'inconvénient de déterminer des irritations gastro-intestinales, il lui substitua le sulfure de magnésie comme étant moins actif; mais ce praticien ne tarda point à s'apercevoir du peu d'efficacité de l'un et l'autre de ces deux moyens. Le sous-acétate de plomb liquide que l'on donne le matin à la dose de douze grains dans huit onces d'eau ou d'une tisanne émolliente, ou en gargarisme dans la proportion de deux onces sur quatre de liquide, ainsi que l'acide sulfurique administré trois ou quatre fois par jour dans un véhicule aqueux à la dose de huit gouttes ne produisent pas, en général, des résultats plus avantageux.

Après avoir obtenu quelques succès à l'aide de ces différents moyens les praticiens n'ont pas tardé à reconnaître qu'ils ne jouissaient point de l'espèce de spécificité que leur avaient attribué ceux qui les avaient d'abord mis en usage. Nul doute cependant qu'ils ne puissent être d'une grande utilité dans cetaines périodes de la maladie, mais il faudra toujours porter la plus grande attention sur l'état de la muqueuse buccale et gastrique avant de les prescrire; car ainsi que le fait remarquer M. Cullerier, ces substances excitent quelquefois des gastrites et des entérites : « j'ai toujours pensé, dit » ce praticien, que s'était à ces excitations, et non aux combinaisons » chimiques qu'il fallait attribuer la promptitude de la guérison chez » quelques malades. » (Dict. des sci. méd., tom. 49, pag. 452.)

Dans ces derniers temps M. Brachet de Lyon a fait usage avec le plus grand succès de l'acétate de plomb cristallisé qu'il donne intérieurement à la dose d'un grain matin et soir en pilules. Il ajoute quelquefois un quart de grain d'extrait thébaïque. Suivant M. Brachet ce moyen arrête en très peu de temps la salivation mercurielle la plus opiniâtre.

Puisque d'une part l'augmentation de la sécrétion salivaire ne peut dépendre que d'une irritation ou d'un surcroît d'action de ces glandes, que de l'autre nous ne connaissons point un moyen qui arrête d'une manière sûre le ptyalisme mercuriel, l'indication la plus rationnelle consiste à modérer ce surcroît d'action, à calmer cette irritation par

les antiphlogistiques tant qu'elle se maintient à un haut degré, par les révulsifs appliqués sur la surface cutanée et gastro-intestinale lorsqu'elle a sensiblement perdu de son intensité, par les stimulants et les astringents locaux quand elle affecte une marche lente et chronique.

ERRATA.

Page 25, ligne 23, *au lieu d'*expiration *lisez* exposition.
Page 30, ligne 29, *au lieu d'*employez *lisez* employés.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

Chaires.	MM.
Clinique médicale	CAIZERGUES, Doyen, *Suppl.* BROUSSONNET.
Physiologie	LORDAT.
Botanique	DELILE.
Clinique chirurgicale	LALLEMAND.
Chimie	DUPORTAL.
Anatomie	DUBRUEIL.
Pathologie chirurgicale	N***.
Accouchemens et Clinique respective	DELMAS, *Président.*
Thérapeutique et Matière médicale	GOLFIN.
Hygiène	RIBES.
Pathologie médicale	RECH, *Exam.*
Clinique chirurgicale	SERRE.
Chimie générale et Toxicologie	BÉRARD.
Médecine légale	RENÉ.
Pathologie et Thérapeutique générales	D'AMADOR.

Professeur honoraire, M. De CANDOLLE.

Agrégés en exercice.

VIGUIER.	FAGES.
KÜHNHOLTZ.	BATIGNE, *Exam.*
BERTIN.	POURCHÉ.
BROUSSONNET.	BERTRAND.
TOUCHY.	POUZIN.
DELMAS.	SAISSET.
VAILHÉ, *Suppl.*	ESTOR, *Exam.*
BOURQUENOD	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.